Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 sierpnia 1885. № 32. Rok XXIV.

I. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.

Od czasu kiedy poznano dzielne własności lecznicze chininu, zajmowali się chemicy badaniem budowy tegoż alkaloidu. Zachętą dla nich była nadzieja, iż w razie zyskania pewnych podstaw mogą pokusić się o utworzenie chininu drogą syntezy, z czém w związku byłaby nietylko zdobycz dla ścisłéj umiejętności, lecz zarazem wielorakie korzyści przez oddanie chininu niby sztucznego w ręce klinicystów. Wśród tych badań okazało się, iż prawdopodobnie punktem wyjścia do sztucznego utworzenia téj zasady mogłaby być chinolina, którą wykazano między produktami rozkładowemi chininu, do czego nadto pobudzała własność chinoliny jako środka przeciwgorączkowego. Dalszą drogę w tym kierunku wskazały prace Bayera i Skraupa, którym udało się syntetycznie otrzymać chinolinę, jakotéż identyczność téj chinoliny z chinoliną jako produktem rozkładowym chininu lub cinchoninu. A gdy Bayer (*Synthese des Chinolins. Ber. d. deutsch. chem. Gesell. XII. Jahrg.*) otrzymał chinolinę z hydrokarbostyrylu, to w rok później Skraup (*Synthetische Versuche in der Chinolinreihe. Monatshefte für Chemie.* r. 1881) otrzymał ją ogrzewając jednę część aniliny z dwiema częściami kwasu siarkowego i jedną częścią gliceryny do ciepłoty 180°. W dalszym toku prac nad chinoliną uzyskano znaczny szereg przetworów przedstawiających poniekąd ściśle związki chemiczne, a niektóre z nich okazały przy doświadczeniach klinicznych własności przeciwgorączkowe, jakkolwiek ciała identycznego z chininem, mimo wielokrotnych usiłowań ze strony chemików, dotąd nie otrzymano.

Do rzędu dopiero co wskazanych i z chinoliny otrzymanych połączeń chemicznych należą: kairyn E i M (etylo- lub metylowodór oxychinoliny $C_9H_9(OH).N.C_2H_5$), tallin (tetrahydroparachinanisol $C_{10}H_{13}NO$), antipyryn, po którém też dla jego własności leczniczych najwięcéj sobie obiecują. Ten ostatni przetwór otrzymał Dr. Knorr (*Einwirkung von Acetessigester auf Hydrazinchinizinderivate. Ber. d. deut. chem. Gesell.* XIII Jahrg.) z Erlangi w sposób następujący: Działając zgęszczoną parą estru aceto-octowego na fenylhydracyn (produkt aniliny inaczéj zwany amidaniliną) otrzymał oxymethylchinicyn wedle wzoru:

$$C_6H_5N_2H_3 + C_6H_{10}O_3 = H_2O + C_2H_5OH + C_{10}H_{10}N_2O$$

następnie ogrzewając do 100° w rurce zatopionéj mięszaninę oxymethylchinicynu, jodku metylu i alkoholu metylowego dostał ciało dimetyloxychinicyn. Derywatem tego dimetyloxychinicynu jest tak zwany antipyryn.

Antipyryn przedstawia się jako pulchny proszek krystaliczny, szarawo-biały, pod mikroskopem w postaci małych blaszek. Rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie, gdyż 10 części antipyrynu w 6 częściach wody, łatwo także w alkoholu, trudno w eterze. Rozczyn wodny oddziaływa obojętnie, smak ma gorzkawy, smak ten jednak nie jest tak trwały i silny, jak smak chininu. Rozczyn wodny z chlorkiem żelazowym barwi się czerwono, z kwasem azotawym niebieskawo-zielono. Według doświadczeń Filehnego (*Zeitschrift f. klin. Med.*, t. VII, z. 6) antipyryn posiada własność działania przeciwgorączkowego.

Zadaniem moich doświadczeń było obok stwierdzenia w końcu nadmienionego działania przeciwgorączkowego antipyrynu zbadanie bliższe, w jakim stanie przechodzi on przez ustrój, jak się zachowuje pod jego wpływem przemiana materyi w ustroju gorączkującym, z czego zarazem najlepiéj poznać będzie można wartość leczniczą tego przetworu. Ku temu celowi służył mi materyjał z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Ła-

zarza odstąpiony mi łaskawie przez Prymaryjusza tegoż oddziału prof. Dra Pareńskiego.

Działania antipyrynu doświadczano u rozmaitych chorych gorączkujących a to: w 12 przypadkach zapalenia płuc dławcowego, w 8 przypadkach duru brzusznego, w 3 duru osutkowego, w 3 róży, w 6 ostrego gośćca stawowego, w 2 zimnicy, w jednym gruźlicy ostréj rozsianéj, w jednym gruźlicy ostréj miejscowéj, w jednym gruźlicy miejscowéj przewlekłéj, w jednym zapalenia nieżytowego migdałków, w 2ch ropnicy. Przy tych doświadczeniach spostrzeżono, że antipyryn w większéj części przypadków obniża ciepłotę stale i pewnie. Ciepłota opada zwolna, niekiedy wśród bardzo obfitych potów trwających 2 do 3 godzin i to bez objawów zapadu. Tylko u choréj z zapaleniem płuc dławcowém (Sołtysówna, p. przyp. 12), jakotéż u choréj z gruźlicą prosówkową rozsianą (Kramarska, p. przyp. 13) spostrzeżono zapad towarzyszący obniżaniu się ciepłoty; u pierwszéj jednak stwierdzono wśród przebiegu choroby obecność astmy, a więc możliwą jest rzeczą, iż napad astmatyczny przypadł równocześnie z obniżeniem się ciepłoty wywołując przy obecności nacieku zapalnego zajmującego prawie całe prawe płuco znaczną duszność z osłabieniem czynności serca. W drugim przypadku już 0·5grm. antipyrynu wywoływało wybitny zapad; nie można tutaj na razie rozstrzygnąć, czy chora okazywała idiosynkrazyję do antipyrynu, czy téż zawisłém to było od natury choroby.

Stopień obniżenia ciepłoty przy podawaniu antipyrynu uwzględniając różne przypadki chorob gorączkowych zależny jest częściowo od indywidualności chorego, od rodzaju i nasilenia choroby, a wreszcie od wysokości gorączki; główaie jednak z uwzględnieniem dopiero co wskazanych danych od wielkości dawek antipyrynu i od sposobu postępowania w podawaniu tychże, przyczém spostrzeżono pewną typowość w obniżaniu ciepłoty zależną również od wymienionych okoliczności. Dawki zalecane przez Filehnego mianowicie 2 razy co godzinę po 2 gramy, a w trzeciéj następnéj gram podane u obserwowanych chorych odpowiadały po większéj części oczekiwaniom. Nie można jednak tego sposobu podawania uważać za stałą regułę, albowiem przekonano się, iż w niektórych przypadkach już o wiele mniejsze dawki przynosiły pożądany skutek, gdy tymczasem w innych przypadkach większe dawki, niż dawka Filehnego, wcale nie obniżały ciepłoty lub tylko mało co i to na krótki przeciąg czasu. Np. w wspomnianym już przypadku gruźlicy prosówkowéj rozsianéj u choréj Kramarskiéj już 0·5 grm. antipyrynu obniżyło ciepłotę aż do stanu subnormalnego, gdy tymczasem w przypadku duru brzusznego (u chorego Kowalskiego, patrz przyp. 9. i tablicę) zaledwie 9 grm. podanych co godzinę, w dawce jedno- do dwugramowéj zdołało obniżyć ciepłotę niżéj 38° i to tylko na przeciąg 5 godzin. To też w wielu pazypadkach w celu doświadczenia skuteczności antipyrynu podawano go w dawkach dowolnych (od 0·5gr. do 3gr. *pro dosi* a od 2gr. do 9grm. i 12grm. *pro die*). Rozumie się samo przez się, iż dawki zwiększyć należy, jeżeli mniejsze nie działają, przyczém nadmieniam, iż śmiało, bez obawy, można powiększyć tak dawki pojedyncze, jakotéż dzienne, w każdym jednak razie lepiéj pojedyncze. Antipyryn najlepiéj podawać *per os* w opłatku i popić wodą, a lepiéj winem. W winie rozpuszczony antipyryn wywołuje obrzydzenie jego smaku; podskórnie wstrzykuje się 0·5grm. do 1 grm.; ze względu na wielką bolesność raz tylko uciekałem się do tego sposobu użycia, w lawatywach można podawać 2—4grm. na dawkę. Na szczególniejszą uwagę zasługuje, że obniżenie ciepłoty przy podawaniu antipyrynu u chorych gorączkujących utrzymuje się na pewnym spadku przez pewien dłuższy lub krótszy przeciąg czasu (od 5—30 godzin), co jest zawisłém od różnych powyżéj wymienionych okoliczności, poczém ciepłota zwolna się podnosi, rzadko kiedy dochodząc do wysokości ciepłoty przed podaniem antipyrynu. W czasie obniżenia się ciepłoty nie widziano przypadu przykrego dla chorego: dreszczów, które występują przy użyciu kairynu, a do obniżenia ciepłoty nie zawsze są koniecznemi dawki większe, albowiem niekiedy i dwa gramy do tego wystarczają. Zarazem ustrój nie przyzwyczaja się do tego leku, gdyż w razie podniesienia się ciepłoty po użyciu większych dawek wystarczają nawet o wiele mniejsze, aby ciepłotę ponownie obniżyć. Równocześnie i prawie równolegle z obniżeniem się ciepłoty i tętno stawało się coraz wolniejsze, tętnice lepiéj napięte; na oddech wpływ antipyrynu bywa mało widoczny. Że rzeczywiście antipyryn nie działa szkodliwie na czynność serca, przekonałem się także przez doświadczenia wykonane w pracowni farmakologicznéj prof. Dra Łazarskiego, na zwierzętach kuraryzowanych, którym wprost do żyły wstrzykiwano antipyryn.

Jedynym niemiłym objawem towarzyszącym najczęściéj tylko obniżeniu się ciepłoty są wymioty; uważałem je względnie najczęściéj w przebiegu róży. Prócz wymiotów żadnych innych przypadów ze strony narządu pokarmowego nie było; natomiast uważano, że stolec stawał się mniéj częstym, zwłaszcza w przebiegu duru brzusznego (*propter* czy tylko *post hoc?*) Wysypkę przy użyciu antipyrynu występującą spostrzegłem tylko w jednym przypadku, i to natura jéj wątpliwa (patrz przypadek 5ty).

Jako odpowiedź na pytanie, czy antipyryn przy podawaniu go chorym gorączkującym przechodzi przez ustrój jako taki, służy nam poniekąd zachowanie się moczu. Mocz po użyciu antipyrynu, jak to już wykazywano, przybierał barwę nieco ciemniejszą, ilość moczu zmniejszała się, ilość białka znajdującego się w moczu nie zwiększała się, ilość chlorków, która w chorobach w czasie nasilenia niekiedy jest znacznie aż do 0 zmniejszoną, nie zwiększała się w czasie obniżenia się ciepłoty przez podanie antipyrynu, któreto zmniejszenie się nie ustępowało nawet przy wewnętrznem użyciu do 4 grm. soli kuchennéj i przy braku stolców. Mocz po dodaniu chlorku żelazowego barwił się ciemnoczerwono; oddziaływanie występowało niekiedy już we dwie godziny po użyciu antipyrynu a utrzymywało się i przez dwa dni po zaprzestaniu jego użycia. Mocz w ilości 200 do 300sz.cm. zakwaszano kwasem chlorowodowym lub kwasem siarkowym i wytrawiano czystym eterem w sposób znany; wyciąg eteryczny starannie oddzielony dał po ulotnieniu się eteru pozostałość częściowo przypominającą przez swą krystalizacyję przy badaniu drobnowidowém blaszki antipyrynu. Pozostałość ta w rozczynie wodnym dała z chlorkiem żelazowym i z kwasem azotowym oddziaływania odpowiadające antipyrynowi. W końcu nadmienione doświadczenia dowodzą, że antipyryn przynajmniéj w pewnéj swéj części przechodzi jako taki przez ustrój, pominąwszy możebny tu zarzut, iż do oddziaływań dotyczących mogłyby się i inne ciała przyczynić. Ilość kwasu siarkowego tak zwanego związanego (w połączeniu z ciałami aromatycznemi w moczu) zwiększa się po użyciu anti-

pyrynu, a więc pod tym względem zachowuje się antipyryn podobnie jak inne ciała aromatyczne np. kairyn, resorcyn, kwas karbolowy, kwas salicylowy, kwas pyrogalusowy itp.

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. O rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym.

Wykład habilitacyjny **Dra W. Antoniego Gluzińskiego**,
I asystenta kliniki lek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Jak Panom już wyżéj wspomniałem niezbędnym warunkiem dla powstania objawu Wintricha jest swobodna komunikacyja jamy z oskrzelem. Ile razy ujście oskrzela będzie z jakiegokolwiek powodu zamknięte, tyle razy objawu Wintricha nie stwierdzimy. Zamknięcie to dość często sprawia płyn znajdujący się w jamie, jeżeli badanemu nadamy położenie takie, że otwór oskrzela będzie w ścianie najniżéj położonéj, w tę bowiem stronę spłynie cała treść jamy. Weźmy przykład: otwór oskrzela znajduje się na tylnéj ścianie jamy. W takim razie w położeniu na wznak, a więc w położeniu, w którém najczęściéj chorego badamy, objawu Wintricha nie wywołamy, bo ściana tylna oskrzela posiadająca otwór będzie najniższą, a więc otwór ten będzie zamknięty przez spływającą treść. Możemy jednak zmienić warunki: chorego badać w położeniu siedzącém, względnie stojącém, treść spłynie na ścianę inną, tj. dolną, odsłoni otwór oskrzela i zdobyliśmy w ten sposób warunek dla pojawienia się objawu Wintricha. To pojawienie się objawu Wintricha u badanego w jednem położeniu a znikanie przy badaniu w drugiém położeniu stanowi cechę odgłosu bębenkowego zwaną przerywanym objawem Wintricha.

Łatwo pojąć, że objaw ten nie tak często możemy stwierdzić. Nie spotkamy się z nim, gdy treść jamy będzie gęstą i lepką, a więc trudno zmieniającą położenie, gdy kilka oskrzeli w rozmaitych ścianach dochodzi do jamy, gdy otwór komunikujący jest znaczny a ilość treści niewystarczająca do jego zamknięcia, gdy wreszcie oskrzele znajduje się w górnéj ścianie jamy.

W każdym jednak razie stwierdzając objaw przerywany Wintricha upewniamy się nie tylko pod względem rozpoznania jamy, ale nabieramy pewnego pojęcia o jéj budowie, możemy bowiem ocenić na któréj ścianie znajduje się otwór oskrzela. W objawie przerywanym Wintricha zyskujemy nadto nieraz punkt oparcia dla różniczkowego rozpoznania między jamą a tak zwanym tonem tchawicowym (względnie oskrzelowym) Wiliamsa. Jak Panom wiadomo tchawica i grube oskrzela przedstawiają zupełne warunki dla powstania odgłosu bębenkowego i objawów Wintricha, o czém nad tchawicą w każdéj chwili przekonać się można. Nad oskrzelami głównemi w stanie fizyjologicznym nie otrzymujemy objawu Wintricha ponieważ oskrzela są przykryte powietrznym miąższem płucnym. Jeżeli jednak z jakiegokolwiek powodu miąższ ten staje się bezpowietrznym, zbitym, w takim razie w miejsce odgłosu jawnego otrzymujemy odgłos przytłumiono-bębenkowy, który przy otwarciu ust będzie się stawał wyższym przy zamknięciu niższym. Ton ten Williamsa nabiera o tyle jeszcze dla nas większego znaczenia, że spotykamy się z nim z przodu klatki piersiowéj w pierwszym i w drugim przestworze międzyżebrowym, tj. w miejscu gdzie tak często rozwijają się również i jamy gruźlicze. Jak rozróżnić w takim razie z czém mamy do czynienia, czy z jamą, czy tylko z oskrzelem otoczoném bezpowietrznym miąższem płucnym? Przy powierzchowném położeniu jamy wystarczy nam dla odróżnienia ten szczegół, że nad jamą już przy słabéj perkusyi wywołamy objaw Wintricha, aby go zaś wywołać nad oskrzelem w głębi położoném, trzeba nam użyć perkusyi silnéj. W razie głębokiego położenia jamy różnica ta odpada, a uciec się nam należy do przerywanego objawu Wintricha. Jeżeli znajdziemy, że w pewném położeniu chorego objaw Wintricha zniknie, przemawia to za jamą, bo trudno sobie przedstawić, aby w główném oskrzelu mogła znajdować się ilość treści wystarczająca w jakiémkolwiek położeniu chorego do zamknięcia tak grubego oskrzela.

Kończąc uwagi nad objawem przerywanym Wintricha dodać mi wypada, że powinniśmy się do niego uciekać w każdym razie, jeżeli naturalnie stan chorego na to pozwala:

1) gdy właściwego objawu Wintricha nie stwierdzamy w położeniu, w którém rozpoczęliśmy chorego badać;

2) gdy chodzi nam o różniczkowe rozpoznanie między jamą a tonem Williamsa;

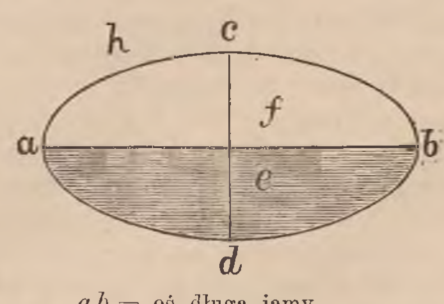
3) gdy chcemy się dowiedzieć na któréj ścianie znajduje się otwór oskrzela.

Trzecia cecha odgłosu bębenkowego nad jamą jestto cecha podana jeszcze w r. 1859 przez Gerhardta i dla tego nazwana przez Weila objawem Gerhardta.

Gerhardt spostrzegł, że nad jamą owalną odgłos bębenkowy zmienia swoją wysokość zależnie od położenia chorego, że np. w położeniu na wznak może być niższy w postawie siedzącéj wyższy lub odwrotnie. Tłumaczenie tego objawu podane przez Gerhardta mimo teoretycznego rozumowania Weila, utrzymało się do dziś dnia, a polega na przypuszczeniu, że zmiana położenia badanego sprawia w jamie niekulistéj zawierającéj powietrze i płyn zmianę jéj osi długiéj a z nią w związku i wysokości odgłosu.

Weźmy jamę, któréj oś długa idzie od góry ku dołowi czyli pionowo. W położeniu na wznak ciecz zajmie najniższe miejsce, powietrze najwyższe w sposób jak to przedstawia fig. 1. gdzie miejsce zacieniowane odpowiada cieczy.

Fig. 1.



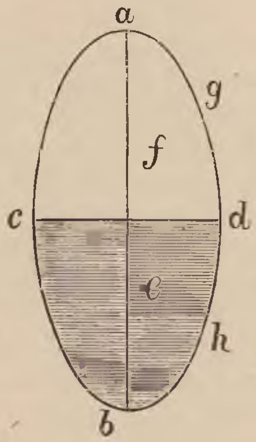
ab = oś długa jamy
cd = oś krótka jamy
e = ciecz
f = powietrze
c = miejsce opukiwania

Przy opukiwaniu wprawiamy więc w drganie słup powietrza równający się długiéj osi jamy. Gdy chory usiądzie, stosunki zmienią się w sposób łatwy do zrozumienia, który przedsta wia załączona fig. 2.

Wtedy przy opukiwaniu wprawiamy w drganie słup powietrza odpowiadający krótszéj osi jamy. Łatwo ocenić z tego, że opukując jamę tak położoną przy leżeniu na

wznak otrzymamy odgłos niższy, bo dłuższy słup powietrza wprawiamy w drganie, przy badaniu w postawie siedzącéj

Fig. 2.



ab = oś długa jamy
cd = oś krótka jamy
e = ciecz
f = powietrze
g = miejsce opukiwania

odgłos wyższy, bo słup drgającego powietrza będzie krótszy. To samo prawidło—tylko odwrotnie—zastosujemy i dla jam, których oś długa biegnie z przodu w tył, a więc poziomo i łatwo wtedy ocenić Panom, że tutaj znów przy leżeniu będzie odgłos wyższy przy siedzeniu niższy.

Objaw zatém Gerhardta nie tylko możemy zużytkować dla rozpoznania jamy, lecz przez niego możemy również nabrać pojęcia o jéj kształcie i kierunku z warunkiem, co podnoszę, że uwzględnimy okoliczność, która może podobne zachowanie się odgłosu bębenkowego wywołać. Wspomniałem bowiem Panom poprzednio, że na wysokość odgłosu bębenkowego nad jamą oprócz jéj osi długiéj wpływa wielkość otworu komunikującego oskrzela, i że ta wysokość stoi do niego w stosunku prostym. Zamknięcie częściowe, a tém bardziéj zupełne, oskrzela nietylko wpłynie na wyrazistość odgłosu bębenkowego, ale nadto uczyni go niższym. Jeżeli więc w pewném położeniu badanego ciecz zamknie oskrzele, otrzymamy odgłos wypukowy niższy aniżeli w położeniu w którém otwór oskrzela swobodnie będzie się łączył z jamą. Błędny ztąd wniosek moglibyśmy wyciągnąć o kierunku jamy, a uniknąć go możemy, gdy stwierdzimy, że otwór oskrzela pozostał drożnym w obydwu położeniach, w których wydobyliśmy rozmaitéj wysokości odgłos bębenkowy. Do tego posłuży nam objaw Wintricha, który, jak wiemy, tylko przy drożném oskrzelu może powstać. Przekonawszy się, że w obydwu położeniach objaw ten stwierdzamy, czyli że nie ma przerywanego objawu Wintricha, dopiero wtedy zyskujemy prawo do wysnuwania wniosków o kierunku jamy z objawu Gerhardta. Nie chcąc zamącać obrazu nie będę już wspominać i tłumaczyć mniéj ważnych ostrożności jakie zachować należy, jak niezmienianie pozycyi głowy na co zwraca uwagę Friedreich, uwzględnienie zmian w wysokości odgłosu bębenkowego nad miąższem zwiotczałym zależnie od położenia chorego itd., nie będę Panom również rozbierał jednego przypadku Habeina, a trzech Waetzolda, w których objaw Gerhardta doprowadził do mylnego rozpoznania kierunku jamy, a zwrócę tylko jeszcze uwagę na jeden szczegół, jaki przy wywoływaniu objawu Gerhardta możemy spostrzegać zanadto ważny dla rozpoznania jam, aby go można pominąć. Opukując jamę zawierającą powietrze i płyn w położeniu badanego na wznak otrzymamy odgłos bębenkowy mniéj lub więcéj jawny, bo powietrze jako lżejsze zajmie najwyższe miejsce (fig. 1); gdy chory usiędzie przekonywamy się, że dolna część miejsca (h w fig. 1 i 2), gdzieśmy wydobywali odgłos jawny stłumieje, gdyż ciecz, jako cięższa, spłynie w tę stronę. Jestto objaw jeden z pewniejszych dla rozpoznawania jam i dobrze na niego przy badaniu zwrócić uwagę.

Nim zamknę uwagi nad rozpoznawaniem jam wypukiem, wspomnę w krótkości o czwartym rodzaju odgłosu stwierdzanego nad jamami, tj. o odgłosie metalicznym. Spotykamy się z nim względnie rzadko bo téż trudne są warunki dla jego powstania. Niezbędnym jest bowiem do tego, aby jama była przynajmniéj wielkości pięści, jak się Škoda wyraża (według Wintricha 6 ctm. w średnicy), aby leżała blisko powierzchni, otoczona ścianami zbitemi o powierzchni gładkiéj. Ten zwłaszcza ostatni warunek jest przyczyną, że nie tak często wywołujemy odgłos metaliczny nad jamą, i on téż jest przyczyną, że odgłos ten niknie, gdy powierzchnia staje się nierówną.

Dla wywołania odgłosu tego obojętną jest rzeczą czy jama komunikuje z oskrzelem lub nie, ztąd objaw Wintricha nie ma tu takiego znaczenia jak przy odgłosie bębenkowym. Na wysokość jednak jego ma wpływ długość osi, w kierunku któréj pukamy, objaw więc Gerhardta ma zupełne zastósowanie. Stwierdzony odgłos metaliczny daje nam silną podstawę do rozpoznania jamy nie bezwarunkową jednak, spotykamy się bowiem z nim i przy odmie piersiowéj; o czém niżéj wspomnę.

Zbierając razem uwagi nad rozpoznaniem jam wypukiem możemy powiedzieć: Żaden odgłos, tak jawny jak stłumiony, tak bębenkowy jak i metaliczny sam przez się nie jest charakterystycznym dla jam. Odgłos jednak metaliczny, a najczęściéj bębenkowy dają nam cenną wskazówkę rozpoznawczą. Rozpoznanie jednak wtedy na wypuku oprzeć możemy, gdy stwierdzimy podobne zachowanie odgłosu, jakie Panom wyżéj skreśliłem.

A więc: 1) gdy wywołamy objaw Wintricha, szczególniéj przerywany, bo wykluczymy odrazu ton tchawicowy Wiliamsa;

2) gdy wykażemy objaw Gerhardta;

3) gdy wśród obserwacyi w jedném i tém samém miejscu stwierdzimy zamianę odgłosu np. stłumionego w jawny zwłaszcza po obfitszém odkrztuszeniu plwocin lub gdy tę zamianę odgłosu możemy wywołać przez zmianę położenia chorego.

Oprócz rozpoznania saméj jamy z objawu przerywanego Wintricha możemy dowiedzieć się na któréj ścianie leży otwór oskrzela komunikującego, z objawu zaś Gerhardta ocenić kierunek jamy.

Idealny musiałby być przypadek, w którym spotkalibyśmy się z całym zbiorem objawów wypukowych, które Panom podałem. Szukać ich zawsze powinniśmy, zwykle jednak znajdujemy tylko pewną część tychże; najczęściéj odgłos bębenkowy z objawem Wintricha, bo warunki dla niego najłatwiejsze, rzadziéj kombinacyję z 2 lub 3 wymienionych objawów. Łatwo ocenić, że rozpoznanie tém będzie dokładniejsze im kombinacyja objawów szersza. (Dok. n.).

III. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił Dr. B. Skórczewski
lekarz zdrojowy w Krynicy.

III. Przemijające parcie na mocz.

Dieulafoy zwrócił uwagę, że w przewlekłych chorobach nerek pojawia się potrzeba częstego oddawania moczu,

co jednak nie zależy od ilości tegoż, lecz od zboczenia w czynnościach pęcherza; dla tego, aby odróżnić od polyurii nazwał to zboczenie *„pollakiuria.“* Przyczyną tego zaburzenia ma być w tych przypadkach większa wrażliwość błony śluzowéj lub mięśni pęcherza, ale nie wiadomo, z jakiego powodu, bo w składzie moczu dopatrzeć się go nie było można.

Tego rodzaju zboczenie w oddawaniu moczu jest zjawiskiem dosyć częstém, a spostrzega się je w chorobach pęcherza, gdzie przyczyna leży w podrażnieniu zapalném tego narządu, także w wielu chorobach macicy, zwłaszcza w przodozgięciu, gdzie narządy sąsiednie mechanicznie drażnią pęcherz, uciskując go. Zdarzają się jednak przypadki, w których parcie na mocz nie da się odnieść do cierpienia nerek i nie da się wytłumaczyć ani cierpieniem zapalném pęcherza ani też mechaniczném jego uciskiem przez narządy w najbliższém sąsiedztwie leżące, i w których nie można wyszukać żadnéj przyczyny prócz zboczeń w czynności nerwów.

Ultzmann (*Wiener Klinik* 1879) uważa je za nerwice, które albo polegają na istotnéj zmianie chorobowéj włókien mięsnych, albo też występują jako samoistne nerwice ruchowe — jako kurcz wyżymacza pęcherza. Widziałem kilka przypadków chorobowych, które do téj grupy zaliczyćby można a które dla jasności genezy tego cierpienia opiszę.

W roku 1882 leczyłem w Krynicy 18 letnią panienkę z wybitnemi objawami blednicy, u któréj miesiączkowanie było bolesne, częstsze, bo co trzy tygodnie i bardzo obfite. Ból w czasie miesiączkowania rozchodził się na całą dolną część brzucha z głębi miednicy po lewéj stronie prawdopodobnie z okolicy jajnika lewego, bo przy lekkim ucisku na tę okolicę chora doznawała bólu. Nadto bardzo wybitne występowały u niéj objawy ze strony układu nerwów naczynioruchowych: często zjawiały się mniéj lub więcéj rozległe i szybko znikające plamy czerwone na twarzy i szyi, łatwo występowało bicie serca tak pod wpływem wrażeń psychicznych, jak też samo przez się. Chora wogóle była bardzo wrażliwą, nerwową, skłonną do płaczu i śmiechu, a często doznawała zupełnego wyczerpania fizycznego. Napady bicia serca niekiedy łączyły się z bólem w jego okolicy, obrzękał gruczoł tarczykowy, a oczy bywały naprzód wysadzone. Te zjawiska skłoniły lekarzy, którzy chorą poprzednio leczyli, do rozpoznania u niéj choroby Basedowa. Widziałem jeden taki napad; twarz wyrażała wielki niepokój, oczy były wytrzeszczone, policzki mocno zaczerwienione, a również szyja i piersi okryte były plamami czerwonemi. Gruczoł tarczykowy mocno obrzękły i słychać w nim było buczenie. Tętno było słabe ale bardzo przyspieszone (130). Serce uderzało na rozległéj przestrzeni, a słychać było szmer skurczowy na końcu serca. Po podaniu 15 kropel *Tinct. Valerianae* w parę minut wszystkie zaburzenia ustąpiły. Śledząc ten napad przyszedłem do przekonania, że prawdopodobnie nie mam do czynienia z chorobą Basedowa w początku jéj rozwoju, lecz z nerwicą ogólną, histeryją a raczéj neurasteniją, którą wywołuje poczęści bladaczka a po części też przypuszczalne zmiany w narządzie rodnym objawiające się zboczeniami w miesiączkowaniu i bolesnością jajnika lewego. Na téj podstawie o tyle zmieniłem rokowanie, iż wyleczenie z mniemanéj choroby Basedowa uczyniłem zależném od usunięcia ogólnych zboczeń nerwowych.

Po przeprowadzeniu kilka tygodni trwającego leczenia zdrójowo-kąpielowego w Krynicy chora odjechała ze znakomitą poprawą zdrowia i nie widziałem jéj dopiero w dwa lata późniéj, tj. w Czerwcu 1884 r. Przez ten czas była zupełnie zdrową; dopiero przy końcu ostatniéj zimy skutkiem zbyt częstych zabaw i nocy bezsennie spędzonych na tańcach chora czuła się coraz więcéj osłabioną. Miesięczkowanie jednak odbywa się prawidłowo i bez bólów, tylko doświadcza ona od czasu do czasu bólu w okolicy jajnika lewego. Obecnie najdokuczliwszém jest dla niéj to, iż doznaje niekiedy parcia na mocz, tak że co 5 minut jest zmuszoną do oddawania moczu, którego ilości są bardzo małe. Cierpienie jest przykrém, bolesném, ale rodzaju bólu bliżéj opisać nie jest w stanie. Nie ustępuje przez leżenie w łóżku, a nawet czasem w nocy się zjawia. Nie dostrzegła też widocznéj ulgi po zastosowaniu rozmaitych lekarstw jak również ciepłych lub zimnych okładów. Zwykle występuje to parcie na mocz samo przez się, trwa czasem jednę a czasem kilka godzin, zjawia się niekiedy parę razy na tydzień, a niekiedy przez cały tydzień nie występuje. Badaniem przedmiotowém nie zdołałem wykryć żadnych wybitnych zmian chorobowych w ustroju prócz buczenia w żyłach szyjnych, jako zwykłego objawu blednicy, oraz bolesności przy ucisku na okolicę jajnika lewego. Uciskanie zaś okolicy pęcherza, wgniatanie ręki dosyć głęboko pod spojenie łonowe nie sprawiało bólu. Mocz badałem kilkakrotnie tak z czasów wolnych od napadu jak też dwa razy mocz zebrany podczas napadu, ale nie znalazłem w nim nic nieprawidłowego. W pierwszym tygodniu leczenia zdrojowo kąpielowego wystąpiły tylko dwa napady parcia na mocz, te trwały dosyć krótko, bo nie po całéj godzinie, a potém chora spiesznie zaczęła się doskonale odżywiać tak, że z Krynicy wyjechała niemal zupełnie zdrową.

W tym przypadku zjawianie się parcia na mocz możnaby wprawdzie wyprowadzać od zmian anatomicznych w narządzie rodnym, czego badaniem nie wykluczyłem, bo chora osoba niezamężna na takowe zgodzić się nie chciała. Z drugiéj jednak strony nie mniéj jest prawdopodobném, że te napady występowały skutkiem zboczeń nerwowych w podobny sposób, jak przed 2 laty występowały napady mniemanéj choroby Basedowa. Za tém ostatniém przypuszczeniem przemawiało raz to, że prócz nerwowości i bólu w okolicy jajnika lewego nie było zresztą żadnych objawów świadczących o jakiéj chorobie w narządzie rodnym, powtore, że chora nie dostrzegła żadnych widocznych różnic w napadach przy zmianach położenia ciała, przy ruchu lub spokoju, po trzecie, że napady występowały i ustępowały same przez się w końcu, że ustąpiły po przeprowadzeniu leczenia głównie skierowanego do usunięcia blednicy.

Drugi przypadek okresami występującego parcia badałem w roku 1880. Byłoto u mężatki 32 lat liczącéj, osoby bardzo zamożnéj, świetnie wyglądającéj, która żadnym objawem nie zdradzała nie tylko histeryi ale nawet niedomogi nerwowéj. Chora od sześciu czy siedmiu lat leczyła się u najlepszych lekarzy w Warszawie, w Berlinie i Wiedniu. Główném jéj cierpieniem był nerwoból przerzucający się niemal na wszystkie gałązki nerwów czuciowych. Napady nerwobólu występowały raz częściéj to znów rzadziéj, usadawiały się zwykle w jednym lub kilku nerwach, a wśród napadu przerzucały się na inne. W następnym napadzie zwykle występował ból w innych gałęziach nerwowych. Napady bywały rozmaitego nasilenia i trwały godzinę lub kilka godzin. Przerwy wolne od napadu nerwobólu bywały rozmaicie długie: parę dni, a nawet kilka tygodni. Dokuczliwszém jest dla niéj drugie zaburzenie chorobowe, mianowicie parcie na mocz, które równie nieregularnie występuje napadami, gdyż oprócz

niemiłego uczucia, jakiego doznaje w pęcherzu, lubo ból nie jest tak silnym, jak w innych nerwobólach, najwięcéj to ją drażni i gniewa, że siłą woli nie może się powstrzymać, aby co kilka minut nie oddawać moczu, którego zaledwie parę kropel odchodzi. Na to ostatnie cierpienie poddała się uciążliwemu dla siebie leczeniu jednego z lekarzy wiedeńskich, który za pomocą wziernika widział w szyjce pęcherza małe ranki. Od tych wrzodzików wyprowadzał nie tylko samo zaburzenie w oddawaniu moczu, ale także twierdził, że one są główną przyczyną nerwobolów. Po dwóch miesiącaah ranki miały się zupełnie wygoić, lecz chora ani wtedy ani późniéj nie doznawała żadnéj ulgi tak w cierpieniu pęcherza jak też w napadach nerwobólów. Zdaje się, że te zaburzenia w pęcherzu były główną przyczyną 4 poronień: tak przynajmniéj lekarze twierdzili. Poronienia występowały w 3 i 4 miesięcu pomimo, że chora przestrzegała wszelkich możliwych ostrożności, a w czasie dwóch następnych ciąży wcale z łóżka nie wstawała. Nigdy ani poprzednio ani obecnie, mimo licznych badań, nie zdołano wykazać w moczu jakichkolwiek zmian, a także w narządzie rodnym nie znaleziono nigdy zboczeń chorobowych.

Badając w dniu 17 lipca przekonałem się, iż uciskanie wszystkich gałązek nerwów czuciowych sprawia choréj ból a także bolesną była cała lewa połowa jamy brzusznéj, na któréjto połowie odgłos wypukowy był stłumiony. Nie mogąc wtedy dokładniéj badać z powodu wielkiéj bolesności, przypuszczałem znaczniejsze nagromadzenie kału, i dla tego poleciłem choréj, aby użyła oleju rącznikowego. Po tym leku nastąpiło kilka obfitych wypróżnień stolcowych, a przy badaniu na drugi dzień bolesność téj połowy brzucha nie była mniejszą, ale w dole brzucha odgłos wypukowy był bębenkowy a stłumienie rozpoczynało się od grzebienia miednicy, i szerzyło się do linii białéj z jednéj strony, a z drugiéj strony w górę do 8 żebra. To miejsce o stłumionym odgłosie było tak bolesne, że nawet opukiwanie sprawiało choréj przykrość, a macanie było niemożebném. Kilkakrotnie zastosowany prąd stały na lewą połowę jamy brzusznéj tak znacznie zmniejszył jéj bolesność, że swobodniéj mogłem macać, i wtedy wykazałem duży obrzęk śledziony sięgający w dół do grzebienia miednicy, a na wewnątrz do saméj linii białéj. Ten obrzęk był bardzo bolesny a przy tém tak miękki, iż zaledwie brzeg jego wyczuć zdołałem. W skutek użycia przez dłuższy czas prądu stałego obrzęk stawał się coraz mniéj bolesnym, lecz widocznego zmniejszenia się go dostrzedz nie mogłem. Nastąpiło ono dopiero w czasie trzech napadów zimniczych zupełnie prawidłowych o torze codziennym w dniach 4, 5 i 6 sierpnia. Po tych napadach śledziona dochodziła do łuku żebrowego wystając tylko nieco z pod niego w linii sutkowéj, i była wtedy dosyć grubą, miernie twardą i prawie niebolesną. Napady parcia na mocz w Krynicy były w ogóle rzadsze niż poprzednio, bo wystąpiły w przeciągu siedmiu tygodni zaledwie 4 czy 5 razy, a trwały po kilka godzin. Napady te nigdy nie występowały równocześnie z innemi nerwobólami, ale zwykle w połowie między jednym a drugim napadem nerwobólu. Nie było też tych napadów parcia na mocz w dniach gorączki przepuszczającéj. Wynik leczenia w Krynicy był ten, że tak nerwobóle jak parcie na mocz znacznie złagodniały. O ile dowiedzieć się mogłem, chora wolniejszą była od tych napadów przez całą zimę, z wiosną jednak znowu się zwiększyły i trwają podobno dotychczas mimo ciągłego leczenia.

Trzeci przypadek śledziłem w r. 1882 u mężczyzny żonatego, 31 lat liczącego, dobrze zbudowanego, a miernie odżywionego, który nie przebywał żadnych chorób wenerycznych ani téż innych chorób cięższych. Przed rokiem po raz pierwszy doznał on bardzo niemiłego, około półgodziny trwającego, uczucia parcia na mocz z miernym bólem w pęcherzu. W krótce późniéj doświadczył również przemijającego bólu w międzyżebrzach lewych, raz w górnych innym razem w dolnych. Napady parcia na mocz występowały niezależnie od napadów nerwobólu międzyżebrowego. Nie było w nich żadnego wybitnego toru, a czas ich trwania i częstość występowania były bardzo rozmaite. Dotychczas mimo ciągłego leczenia przez różnych lekarzy napady te nie zmniejszyły się ale przeciwnie stały się coraz częstsze, a rzadziéj występował nerwoból międzyżebrowy. Liczne rozbiory chemiczne moczu nie przedstawiały żadnych ważniejszych zmian chorobowych a także kilkakrotne moje badania w tym kierunku dały wynik ujemny. Badając chorego, który był wrażliwy, nerwowy, znalazłem u niego bolesność w lewém międzyżebrzu 4ém, 5ém i 6ém, miernego stopnia obrzęk śledziony i wątroby, oraz zwątlenie przewodu pokarmowego z umiarkowaném nagromadzeniem kału szczególniéj w okolicy kiszki ślepéj. Uciskanie okolicy pęcherza było dla chorego nieprzyjemném. Po przybyciu do Krynicy napady parcia na mocz występowały bardzo często, czasem dwa razy na dzień, ale po zastosowaniu prądu stałego obok leczenia zdrojowo-kąpielowego po dwóch dniach napady ustąpiły i nie zjawiły się, dopiero po dwóch tygodniach wystąpił jeden napad dosyć silny a potém drugi, i od tego czasu przez następne 6 tygodni nie pojawiły się więcéj.

Czwarty przypadek spostrzegałem w roku 1883 u chłopca 11 lat liczącego, który był dosyć wątły, niedokrewny i nerwowy. Znalazłem zwątlenie przewodu pokarmowego obok wzdęcia żywota i niezbyt znacznego nagromadzenia kału. W samym dole brzucha w okolicy pęcherza silniejsze ugniatanie sprawiało choremu ból. Tego chłopca leczono od 3 miesięcy z powodu częstego parcia na mocz, które dosyć stale utrzymywało się, chwilami jednak było znaczniejsze, chwilami zaś prawie zupełnie ustępowało. Z początku lekarze mniemali, iż to zboczenie prawdopodobnie pochodzi od kamienia w pęcherzu, najskrzętniejsze jednak badania w tym kierunku, dokonywane przez chirurgów, stanowczo zaprzeczyły temu przypuszczeniu. Przez te 3 miesiące wypróbowano niemal wszystkich środków aptecznych, ale żaden z nich nie sprawił widocznego polepszenia. Skutek leczenia zdrojowo kąpielowego był ten, że bardzo znacznie polepszyło się odżywienie chorego, zupełnie ustąpiły zboczenia w przewodzie pokarmowym, a silny nawet ucisk na okolicę pęcherza nie sprawiał choremu bólu.

Te cztery tutaj opisane przypadki chorobowe lubo pod wielu względami bardzo się różnią od siebie, to przecież są nieco podobne pod względem zboczenia w wydalaniu moczu. Lecz i co do tego szczegółu zachodzą pewne różnice, o których trudno coś stanowczego orzec przy tak małéj ilości przypadków chorobowych, chcąc zaś ogólnie wytłumaczyć genezę tego zboczenia, trzeba się zwrócić do fizyjologii wydalania moczu z pęcherza.

Podług Goltza mocz wydala się w ten sposób, iż gromadząc się w pęcherzu drażni jego ściany, a to drażnienie nerwów czuciowych dochodzi do ośrodka w rdzeniu lędźwiowym (3 i 4 krąg lędźwiowy), tu przenosi się na nerwy ruchowe, które sprawiają kurcz wyżymacza, dobrowolny jednak kurcz zdziergacza może wstrzymać wydalanie moczu. Cała

więc sprawa wydalania moczu odbywa się drogą zwrotną przez drażnienie nerwów czuciowych usadowionych w błonie śluzowéj i mięsnéj pęcherza i cewki moczowéj, a które wychodzą z rdzenia z odnogami nerwów krzyżowych łącząc się po części ze splotami współczulnemi [1]).

Opierając się na tych danych fizyjologicznych możnaby w przypadkach tutaj opisanych wyprowadzać częste wydalania moczu albo z przyczyny porażenia zdziergacza albo téż z przyczyny zwiększonego kurczenia się wyżymacza pęcherza. Że nie zdziergacz pęcherza był porażony lub osłabiony, to łatwo da się wykluczyć, bo w żadnym z tych przypadków nie wyciekał mocz mimowolnie, a to najlepiéj dowodzi, iż czynność zdziergacza była prawidłową a zatém przyczyny częstego parcia na mocz szukać należy w zmienionéj czynności wyżymacza, w jego większém kurczeniu się, a raczéj w większém pobudzeniu jego nerwów. Jakiego rodzaju i gdzie usadowione było drażnienie tych nerwów, na to trudno odpowiedzieć. Prawdopodobném jest jednak, że we wszystkich tych przypadkach mniéj lub więcéj podrażnione były nerwy czuciowe pęcherza, gdyż ucisk na jego okolicę, prócz przypadku pierwszego, bywał bolesny. Czyto jednak było pierwotne podrażnienie nerwów czuciowych, czytéż szerzyło się przez sploty współczulne, czy w końcu nie były tam pierwotne zmiany w błonie mięsnéj lub śluzowéj, na to dopiero wtedy będzie można odpowiedzieć, gdy nagromadzi się większy materyjał tego rodzaju zboczeń chorobowych, i gdy będziemy posiadali dokładniejsze sposoby badania w tym kierunku.

IV. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).
Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

19. Ignacy Breksa l. 76 l. wyrobnik przybył 3/9, zmarł 13/9 1883. Od trzech miesięcy kłócie w lewym boku od czasu do czasu występujące a ustępujące po paru dniach trwania; biegunka kilkorazowa dziennie od paru tygodni. Badanie wykazuje: Odżywienie liche, niedokrewność, klatka piersiowa miernie wypukła, rozedma płuc znaczna. W obu szczytach płuc wdech zaostrzony wydech mocno słyszalny. Po lewéj stronie u dołu z tyłu odgłos stłumiony; tamże rzężenia dźwięczne pokrywające cały wdech. Z przodu klatka piersiowa po lewéj stronie pod obojczykiem przypłaszczona; plwociny ropiaste w obfitéj ilości mocno cuchnące; tony nad komórkami serca i tętnicami tępe, żyły szyjne wydęte; porażenie prawéj odnogi górnéj.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, bronchiectasis sinistra subseq. pneumonia dextra, atheroma arteriarum subseq. embolia cerebri.* Przebieg gorączki: od 4/3—12/3 37·9 - 37·4 t. 84., 38°C.— 37·5, 38·7—37·5, 37·8—37·5, 38—37·6, 37·8—36·9, 37·7— 36·8, 37·2—36.8 t. 96.

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema vesiculare partium anteriorum, bronchitis chronica diffusa, bronchiectasis et cavernae bronchiectaticae partium posteriorum pulmonis sinistri, adveniente pneumonia crouposa maximae partis posterioris ejusdem pulmonis in stadio hepatisationis partim rubrae partim griseae cum gangraena diffusa circa cavernas bronchiectaticas. Pneumonia resoluta partis posterioris lobi inferioris pulmonis utriusque, oedema acutum pulmonis utriusque. Degeneratio adiposa cordis, hepatis et renum; processus atheromatosus aortae arteriarum periphericarum cum ulcere atheromatoso trunci anonymi et trombosi ejusdem, catarrhus ventriculi chronicus, marasmus.*

Rozpoznanie anatomiczne prawie dosłownie w głównéj części brzmi tak jak kliniczne. Podstawę do zatoru znaleziono w rozległéj miażdżycowéj sprawie pnia bezimiennego. Że zapalenie płuc było asteniczne to znać już z pobieżnego opisu przebiegu choroby i umyślnie przedstawionéj gorączki. Zapalenie płuc po prawéj stronie wystąpiło dopiero w 3 dniu pobytu w szpitalu, zamarkowane podniesieniem się ciepłoty ciała (37·5°—38° C.), sekcyja wykazała już okres rozdzielania się. Badany dnia 13/3 nie okazywał objawów nacieku po stronie lewéj; prawdopodobnie oskrzela dowodzące były zatkane; plwocin rdzawych nie było.

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Cantani: **Próba bakteryjo-terapii.**

Znane doświadczenie, że pewne rodzaje prątków przeszkadzają rozwojowi hodowli innych prątków, zwłaszcza chorobotwórczych, naprowadziło C. na myśl zużytkowania téj własności mikroorganizmów w celach leczniczych. Z doświadczeń w tym kierunku zdaje on sprawę obecnie tylko w krótkości, ponieważ odnośne próby nie są jeszcze ukończone. Pierwsze doświadczenie tego rodzaju wykonał C. w przypadku gruźlicy, a jako leczniczy prątek wybrał *bacterium termo*, aby w przymierzu z nim rozpocząć walkę z prątkiem gruźliczym Kocha. Przedewszystkiém polecił C. swojemu asystentowi przekonać się o nieszkodliwości tego prątka dla organizmów zwierzęcych a to za pomocą szczepień, wdychiwań itp. Dopiero gdy doświadczenia te wypadły dodatnio, w têm znaczeniu, że prątek okazał się wcale nieszkodliwym dla zwierząt, podjął pierwsze doświadczenia na chorym. Dnia 23go kwietnia przyjęto chorą, któréj ojciec umarł na chorobę płucną. Badanie wykazało u niéj jamę w szczycie lewego płuca, wieczorem stan gorączkowy, kaszel z obfitemi plwocinami, w których liczne włókna sprężyste i nader liczne prątki Kocha. Ciężar ciała wynosił 41·200, po kilku dniach wynosił tylko 39 kgrm. Dnia 4go maja zastosowano wziewania czystéj hodowli *bacterium termo* w gelatynie rozcieńczonéj rosołem. Odpluwanie zmniejszyło się znacznie, w ostatnich dniach doświadczenia ustało nawet zupełnie, ilość prątków gruźliczych również zmniejszyła się a *bacterium termo* można było wykazać w skąpych plwocinach. Dnia 1go czerwca nie można było wykazać prątków gruźliczych w plwocinach, nie pojawiały się one więcéj, podczas gdy prątek leczniczy można było wykazać w coraz to większéj ilości w plwocinach codzień badanych. Gorączka ustąpiła tak, że wśród ostatnich dni obserwacyi nie dochodziła do 38°C.; ciężar ciała podniósł się do 39·600 kgr., wejrzenie choréj polepszyło się znacznie, zwierzęta, którym obecnie szczepiono plwociny nie okazywały pomimo dłuższéj obserwacyi ani śladu zmian gruźliczych.

„Nie chcę się łudzić nadzieją“, kończy prof. Cantani, „jakoby *bacterium termo* mógł zniszczyć prątki gruźlicze przenikające głęboko nacieki gruźlicze, albo usunąć te prątki, które zajęły narządy odległe (chyba żeby wstrzykiwania do

---

[1]) W szczegółach wiele przyczyniły się do rozjaśnienia sprawy wydalania moczu doświadczenia H. Nussbauma, umieszczone w Pamiętniku Tow. Lek. warszawskiego 1880 p. t. O unerwieniu mięśnia wyżymacza pęcherza moczowego.

krwi mogły odnieść skutek), rezultat jednak tego pierwszego doświadczenia jest tego rodzaju, że uprawnia do przypuszczenia, iż w przypadkach świeżych, w których sprawa gruźlicza nie jest bardzo rozległą i powierzchownie zlokalizowaną, można będzie tym sposobem leczniczym osiągnąć jeszcze pewne rezultaty. W każdym razie zdoła doświadczenie niniejsze zachęcić do podjęcia prób, zwłaszcza w przypadkach chorób zakaźnych miejscowych, w okolicach ciała dostępniejszych, z użyciem innych rodzajów prątków, które stają na przeszkodzie rozwojowi prątków chorobotwórczych. Celem niniejszego ogłoszenia nie jest wcale uwydatnienie dodatniego rezultatu, uzyskanego w pierwszym przypadku, lecz zachęcenie do podejmowania dalszych prób w tym kierunku". (*Wiener med. Blätter*, 1885, Nr. 30). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. O.) **Bezwonny jodoform.** Dr. Oppler w Strasburgu robiąc doświadczenia nad własnościami antyseptycznemi proszku palonéj kawy doszedł przypadkowo do tego, że tenże posiada nadto własność odwaniania. Dodany w stosunku 40—50% do jodoformu pozbawia go w zupełności owéj znanéj przykréj woni a będąc sam w znacznym stopniu środkiem antyseptycznym nie zmniejsza zarazem w tym kierunku jego siły. Kawa winna być dobrze upalona i jak najdokładniéj w moździerzu utłuczona. Autor używa następujących przepisów:

Rp. Jodoformi 50,00
Coffeae tostae subtilissime
pulveratae 25,00.
M. fiat ope Spir. aether. gutt. nonnull.
pulvis D. S.

Rp. Jodoformi 1,00,
Ungt. Paraffin. 10,00,
Coffeae tostae subt. pulv. 0,30,
M. f. ung.

Przy téj sposobności zachwala tenże sam proszek celem zniesienia przykrego smaku ol. rącznikowego według następującego wzoru:

Rp. Ol. Ricini 20,00,
Sacchar. albi
Coff. tostae subt. pulv. āā 10,00.
M. S. łyżeczkami zażywać.

(*Centralblatt f. Chirurg.* 1885, Nr. 30).

Ω **Cotoina.** Środek ten pochodzi z kory drzewa, rosnącego w Boliwii, a wprowadzonéj w handel europejski pod nazwą cotocoto. Roślina ta należy do rodziny Bobkowatych (*Lauraceae*). Dr. Albertoni bardzo zachwala użycie kotoiny we wszelkich rodzajach biegunki przewlekłéj, jakotéż we wszelkich zboczeniach w czynności jelit, polegających na nieprawidłowém wydzielaniu soków trawiących. Dr. A. zapisuje lek ten:

Rp. Cotoini 0,40,
Bicarbonat. Sodae 1,00,
Aq. destillatae 100,00,
Glycerini 20,00.

Wyżyć ogrzane przez dzień. (*Journ. ph. ch.*)

Ω **Sterculea accuminata.** Dr. Monnet robił liczne doświadczenia nad leczniczą wartością nasienia z *Sterculea accuminata* (*Kola*), drzewa rosnącego w zachodniéj Afryce, należącego do rodziny ślazowatych (*Malvaceae*). Lek ten zawiera znaczniejsze ilości kofeinu i theobrominu, działa dla tego pobudzająco i wzmacniająco na układ naczyniowy. Uderzenia serca stają się silniejszemi, regularniejszemi a przytém częstszemi. W większéj dawce lub dłużéj używana kola działa podobnie jak digitalin; tętno przy jéj użyciu staje się pełniejsze a mniéj częste. Skutkiem działania na układ naczyniowy, diureza się wzmaga. Dawki trujące kola zdają się działać porażająco na układ mięśni prążkowanych. Dalszą zaletą kola jest to, że zawiera znaczną ilość istót azotowych. Autor robił z lekiem tym liczne doświadczenia w klinice prof. Dujardin-Beaumetza i bardzo zachwala użycie jego w niedokrewności, szczególniéj po chorobach ciężkich powstałéj, w atonii przewodu pokarmowego, w niestrawności, w biegunkach nieżytowych, w cholerze sporadycznéj (stwierdzili to Huchard i Duriau). W wielu razach lecznicze działanie leku tego nie da się fizyjologicznie wytłumaczyć.—Dr. Monnet najwięcéj zaleca nalewkę wyskokową w dawce 4 do 10 grm. dziennie. (*Thèse de Paris* 1884. 27 oct.).

Ω **Jodoform w chorobach sercowych.** Dr. Baldassore Teste poleca jodoform w chorobach organicznych serca. Lek ten w dawce po 7 cgrm. co 2 godziny podawany usuwa szybko wszystkie dolegliwości, połączone z rozpoczynającą się niekompensatą. Doświadczenia autora na psach wykazały, że jodoform przedłuża trwanie skurczu mięśnia sercowego. Têm tłumaczy sobie autor, iż przy niedomykalności zastawek sercowych, łatwiéj cała ilość krwi z serca zostaje w układ naczyniowy wpędzoną, i ztąd skuteczność jodoformu, jako leku symptomatycznego. (*Revue hebdomad. thérap.*)

Ω Prof. Cantani w Neapolu robił na żądanie właściciela zdrojowiska **wody gorzkiéj Franciszka Józefa** liczniejsze doświadczenia z tą wodą w swéj klinice. Doświadczenia wykazały wysoką wartość leczniczą wody Franciszka Józefa.— Prof. Cantani uważa za wskazane użycie wody Franciszka Józefa w następujących chorobach: 1) W ostrém zaparciu stolca, 2) w przewlekłém zaparciu żywota, czy to na tle hemoroidalném lub nie, 3) w nieprawidłowém wzdęciu brzucha skutkiem dużego nagromadzenia się gazów, 4) w tak zwanéj „*Plethora abdominalis,*" 5) w kamieniach żółciowych, 6) w uderzeniach krwi do głowy i płuc, 7) w przewlekłych stanach przekrwienia macicy. (*Sull' azione fisiologica e sul valore terapeutico dell'acqua amara Francesco Giuseppe*).

Ω **Dyjeta mleczna w białkomoczu.** Jaccoud poleca gorąco dyjetę ściśle mleczną we wszystkich rodzajach białkomoczu. Podaje on swoim chorym wyłącznie mleko surowe, zimne lub prosto od krowy, co godzina lub jeszcze częściéj, tak, aby chory w ciągu dnia użył 2, 3 do 4 litrów.—Leczenie to, które ma znakomicie podnosić odżywienie chorego, a które przytém wpływa leczniczo i na sam białkomocz, ma tę niedogodność, że mleko chorym niektórym staje się wstrętném, a u innych znów sprowadza zatrzymanie stolca. Przeciw pierwszéj niedogodności pomódz może tylko wola chorego, przeciw drugiéj nie należy nigdy używać jakichkolwiek środków wewnętrznych czyszczących, lecz ograniczyć się tylko do lawatyw. (*Rev. hebdomad. de thérap.*)

(S.) **Dwuwęglan sodowy jako środek przeciw ranom oparzelinowym.** Dr. Dulácska, prymaryjusz szpitala peszteńskiego, zaleca ten środek w stanie suchym, jako dzielny środek gojący i łagodzący ból w mniejszych zwłaszcza oparzeniach. Stosuje on go za przykładem lekarzy amerykańskich, którzy go pierwsi polecili w postaci opatrunku na wacie Brunsa. Jeżeli nie przyszło jeszcze do podniesienia przyskórka, ból wprawdzie w pierwszéj chwili po zastosowaniu znacznie zwiększa się, znika jednak zupełnie po upływie pół godziny. W każdym razie ulga ma być większą niż pod okładem lodowym. Po upływie godziny znika zaczerwienienie wraz z bolesnością, a jeśli już przyszło do wy

tworzenia pęcherza, to takowy kłęśnie, staje się niebolesnym. W trzy dni późniéj jest warstwa skóry pod odpadającym przyskórkiem sucha, nieropiąca i niebolesna. (*Wiener med. Blätt.* 1885, Nr. 26).

Ω **Siarkan miedziowy w położnictwie.** Dr. Marry poleca użycie w położnictwie siarkanu miedziowego ($CuSO_4$), jako środka przeciwgnilnego, we wszystkich tych przypadkach, gdzie użycie sublimatu może dać powód do słusznych obaw. $CuSO_4$ jest środkiem posiadającym w wysokim stopniu własności antyseptyczne. Rozczyn 1% jest zupełnie wystarczającym. Rozczyn 1% siarkanu miedziowego ma tę wyższość nad kwasem karbolowym, że rozczyny tego ostatniego, aby odpowiadały siłą przeciwgnilną 1% rozczynowi $CuSO_4$, muszą być tak silne, że działają żrąco na chorą, przybłonka pozbawioną błonę śluzową części rodnych. $CuSO_4$ ma daléj tę wyższość, że jest bezwonnym, a mimo to niszczy zupełnie woń odpływów połogowych. Jednoprocentowy rozczyn $CuSO_4$ może być bez najmniejszéj obawy wstrzykiwanym do jamy macicznéj. W przypadkach krwotoków $CuSO_4$ ścinając białko krwi, działa wstrzymująco krwotok. Autor nigdy nie widział najlżejszego zatrucia przy użyciu 1% rozczynu siarkanu miedziowego. (*Thèse 1884. Conclusions*).

Ω. **Naparstnica w zapaleniu nerek ostrém i przewlekłém.** Dr. Lecorché i Dr. Janlin gorąco polecają użycie naparstnicy, czy to w postaci proszku lub téż naparu, w zapaleniu nerek. Naparstnica zwiększać ma ilość moczu, a równocześnie zmniejszać ilość białka. W ostrém zapaleniu nerek ma lek ten wpływać nader korzystnie, zapobiegając szczególniéj grożącéj mocznicy. Autorowie widzieli liczny szereg zapaleń nerek ostrych, znakomicie wyleczonych naparstnicą. W zapaleniu nerek przewlekłém naparstnica jakkolwiek nie jest w stanie wyleczyć choroby to przecież zmniejsza niebezpieczeństwo i przedłuża życie. Użycie naparstnicy w zapaleniu nerek przeciwskazaném jest tylko w przypadkach, w których zachodzi obawa, że mięsień sercowy uległ w znacznéj części zwyrodnieniu tłuszczowemu. Również zdarzają się przypadki, w których ludzie dotknięci zapaleniem nerek nie znoszą naparstnicy, dostając nudności i wymiotów. W takich przypadkach należy zaniechać dalszego użycia naparstnicy. (*Thèse de Paris* 1884. Dec.).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 6 marca 1885 r.

Obecni koledzy: Grodzki, Jerzykowski, Kapuściński, Koehler, Osowicki, Stan, Święcicki i sekretarz. Przewodniczy kol. Osowicki.

Po przeczytaniu i podpisaniu protokółu, który bez uwag przyjęto, odczytuje sekretarz list, w którym prof. Hoyer dziękuje za telegram, przesłany mu z okoliczności uroczystego obchodu jubileuszowego 19 grudnia r. z. Daléj przedkłada sekretarz dyplom Dra med. i chir. Muszumańskiego z Uniwersytetu wileńskiego z roku 1810, z czasów rektoratu Jana Śniadeckiego, który na dyplomie własnoręcznie jest podpisanym. Dyplom ten ofiarował Tow. Przyj. Nauk p. Adolf Malczewski na pamiątkę Zjazdu lekarzy i przyrodników.

Następnie kol. Święcicki referuje o trzech przez siebie w ostatnim czasie operowanych przypadkach ginekologicznych, z których pierwszy dotyczył torbiela wielokomorowego. Operacyję wykonano 31 stycznia, poczém nastąpiło ostre zapalenie otrzewny; torbiel był bardzo cienki. Już przed operacyją zrobiono próbne nakłócie, a badanie mikroskopijne masy wydobytéj wykazało istotę klejowatą. Przebieg pierwotnie był dobry, 11go dnia jednak ciepłota podniosła się do 40°, prawdopodobnie w skutek pęknięcia torbiela do pęcherza. Dwunastego dnia nastąpił nagle silny upadek sił, lecz po dwugodzinném trwaniu, wśród czego chorą cucono, tenże ustąpił, a chora powoli przyszła do siebie i w tych dniach opuścić ma zakład. — Drugi przypadek dotyczył mięśniaka międzyściennego macicy u kobiety, która w skutek tego tak silne miewała krwotoki, że często ulegała omdleniu; 18go lutego kol. S. wykonał odjęcie ponadpochwowéj części macicy sposobem Porra, a po przymocowaniu kikuta w pochwie, posypał ranę chlorkiem zynku. W 12 godzin późniéj wymioty, gorączka, upadek sił, a 3go dnia śmierć. Kol. S. przypuszcza, że śmierć mogła być następstwem zakrwawienia. — W trzecim przypadku wykonał kol. S. wycięcie klinowe szyjki macicznéj z powodu zrakowacenia i przedkłada odnośny preparat anatomiczny i drobnowidowy.

Kol. Jerzykowski opowiada przypadek, który mimo wszelkich korzystnych dla siebie widoków, zakończył się niepomyślnie. Szwaczka 32-letnia, dawniéj zawsze zdrowa, uczuwała od dwu lat boleści w brzuchu. Badanie wykazało torbiel jajnika prawego. J. zrobił nakłócie i wypuścił 7 litrów płynu klejowatego. W pół roku torbiel znowu się napełnił, w skutek czego zrobiono powtórne nakłócie, przy którém wypłynęła ciecz ciemnoszara. Nareszcie zrobiono i trzecie nakłócie. Przez dwa miesiące po ostatniém nakłóciu szwaczka była zdrową, późniéj torbiel rósł powtórnie silnie, w skutek czego chora poddała się ostatecznie operacyi, którą ściśle aseptycznie wykonano. Torbiel nie był nigdzie przyrosły, przy nakłóciu dostało się atoli trochę płynu do jamy brzusznéj, którą wyczyszczono starannie, kikut podwiązano i zapuszczono w jamę. Przebieg przez pierwsze 2 dni był dobry, 3go dnia jednakże nastąpiły nudności, podniesienie ciepłoty i drobne tętno, podawano koniak, lód i kamforę, lecz mimo wszelkich wysileń lekarskich, 5go dnia nastąpiła śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały, że rana zewnętrzna była zagojona, tylko dołem przy szwach pokazało się trochę ropy szaréj, jelita były przyrosłe do ściany brzusznéj i zlepione ropiastym wysiękiem. Śledząc przyczyny takiego przebiegu, widzi ją kol. J. albo we wniesieniu przyrzutu przez siostrę choréj, albo téż w dostaniu się płynu do jamy. — Kol. Osowicki przypuszcza ostatnią okoliczność, jako wywołującą niekorzystny przebieg. Sam operował torbiel jajnika według metody Spenzer Welsa, nie przestrzegając ściśle antyseptyki, przebieg był tak korzystny, że chora wstała 12go dnia. Innym razem operował 60-letnią osobę, u któréj były zrosty, operowana umarła z ociekowego zapalenia płuc. Kol. O. sądzi, że ze względu na zejście operacyi przecenia się aseptykę, któregoto zdania nie podziela kol. S., odwołując się do publikacyi Martina, który donosi, że odsetka strat w przypadkach operowanych nieaseptycznie wynosi 40%, podczas gdy po przeprowadzeniu ściśléj aseptyki tylko 1%.

Następnie przystępuje kol. Swięcicki do wygłoszenia odczytu „o płodach zbutwiałych". Na wstępie daje pogląd na obecny stan nauki o płodzie zbutwiałym (*foetus sanguinolentus*) mówi obszerniéj o pracach Sentexa, Rugego i Rungego i ubolewa, że po dziś dzień jeszcze wielu lekarzy zbutwienie i gnicie płodu, pod jeden i ten sam podporządkowuje mianownik, chociaż oba te procesy chemiczne w żadnéj ze sobą nie stoją styczności i gnicie płodu jedynie wtenczas tylko nastąpić może, skoro do błon jajowych dostanie się powietrze. Następnie podaje kol. S. spostrzeżenia swe nad porodem płodów zbutwiałych, obserwowane w drezdeńskim Zakładzie położniczym, będącym podówczas pod kierownictwem prof. Winckla z Mnichowa. Prelegent dysponuje materyjałem 241 przypadków zbutwienia płodu, które przypadały na 9100 połogów, t. j. w czasie od 1874 do września 1883 roku. Nie przytaczając dla braku czasu poszczególnych przypadków, mówi o charakterystycznych zmianach makro- i mikroskopijnych, powstających śród butwienia płodów, podnosi kwestyję, czy jesteśmy dzisiaj już w możności z większego lub mniejszego zbutwienia ocenić, kiedy płód obumarł i butwienie się rozpoczęło i przychodzi na mocy swych przypadków do wniosku, że dotychczas jestto rzeczą niemożliwą, a to tém bardziéj, że znane są nam w literaturze przypadki, w których krótko przedtém płód żył jeszcze w łonie matki, a mimo to po urodzeniu dość znaczne okazywał zbutwienie. Również z zabarwienia soczewki i ciałka szklanego, o których wspominają Sentex i Runge nic pewnego o terminie, w jakim zbutwienie się rozpoczęło, powiedzieć nie można, gdyż w kilku przypadkach zauważył prelegent, że zabarwienie soczewek u jednego i tego samego płodu

nie było zupełnie równe, tak, że już to spostrzeżenie wystarcza do wniosku, że zabarwienie soczewki, zależące od barwika krwi, nie może być u płodów zbutwiałych miarą, któraby nam wystarczała do oznaczenia czasu, w którym płód podległ zbutwieniu. Co do etyjologii, to w 65% przypadków mógł prelegent kiłę, jako powód zbutwienia zaznaczyć. U tego rodzaju płodów zbutwiałych, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych prawie zawsze znaczne zwiększenie śledziony (nieraz 300grm.), *perichondritis syphilitica* (Wegner), a nadto zmiany patologiczne w żyle lub tętnicach pępowiny. Co do ostatnich tych zmian, które nieraz bezpośrednio spowodowały obumarcie płodu, odsyła prelegent słuchaczy do artykułu, który o tym przedmiocie umieścił w *Gazecie Lekarskiéj* w roku zeszłym. W końcu mówi prelegent obszernie o przebiegu ciąży, porodu i połogu przy płodach zbutwiałych.

Kol. Kapuściński spotkał się w praktyce z kilku przypadkami, które także zalicza do płodów zbutwiałych, lubo one dotyczyły kobiet ponownie rodzących. Skłaniał się wtenczas do przypuszczenia, iż chodziło tu o skutek kiły. Nie było atoli żadnego cuchnięcia. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VII. Listy z Madrytu o cholerze.

Podał Dr. M. Buzdygan.

II.

Madryt dnia 28 Lipca 1885.

Inokulacyja cholery na nowe wstępuje szlaki. Uczeni francuscy przypatrzywszy się zbliska wielkiemu dziełu hiszpańskiego kolegi, zaszczycili go mianem szarlatana a nad odkryciem jego uznali za stosowne przejść do porządku dziennego i nie zajmować niém więcéj szerszych kół. Tak ostry sąd gości musiał do głębi zadrasnąć miłość własną Dra Ferrana, skoro po długiém milczeniu kazał mu się wynurzyć z swych myśli dotąd ukrywanych. I świat ze zdumieniem dowiedział się z listu pisanego do Dra Camerona, członka parlamentu angielskiego, jak wielki skok wykonał obecnie Dr. Ferran w swém dziele inokulacyi. Nietylko zmienił metodę szczepienia, przeistoczył teoryję swoję, lecz co więcéj rozszerzył jéj granice i objął w nie już nie sam prątek cholery, ale wszystkie mikroby patogenetyczne. Pasteur od lat wielu mozoli się z różném powodzeniem nad inokulacyją mikrobów, — Dr. Ferran w kilku miesiącach porobił zadziwiające odkrycia w fizyjologii mikrobów i jest w przededniu szczepienia wszystkich chorób infekcyjnych drogą chemiczną. Szkoda tylko że dotąd nie miał świat sposobności dowiedzenia się, jakim sposobem, na podstawie jakich doświadczeń doszedł Dr. Ferran do tych rezultatów i na czém opiera tak śmiałą teoryję, nie przedstawiwszy ani dat statystycznych ani pracy naukowéj, jak to uczynił Pasteur i inni badacze.

Dotąd było wiadomém, że Dr. Ferran szczepi cholerę hodowlą prątka osłabionego, i sam autor używa w piśmie do ministra rolnictwa wyrażeń: „moja technika osłabiania mikroba, sekret metody osłabiania“—obecnie jego zwolennik i obrońca Dr. Respaut zeznaje, że Dr. Ferran wstrzykuje podskórnie w każde ramię po 1 cm. sz. płynu z mikrobami nieosłabionemi, a zatém o sekrecie osłabiania i mowy być nie może. Obok tego tłumaczy zachowanie się mikrobów w organizmie w ten sposób: „*coma-baccillus* dostawszy się do organizmu drogą przewodu pokarmowego, usadawia się i rozmnaża szybko w kiszkach, gdzie doszedłszy do pewnéj ilości zabija organizm; wstrzyknięty zaś do tkanki podskórnéj, nagle obumiera.“

Dr. Ferran przypisuje ochronę od cholery po zaszczepieniu nie prątkowi, ale płynowi, w którym tenże żył, a który z nim wspólnie został wstrzyknięty pod skórę, ztąd nie jest konieczném użycie do szczepienia prątka, wystarcza sam płyn hodowli. Ponieważ zaś prątek w tkance podskórnéj zaraz obumiera, szczepienie zatém cholery nie jest niebezpieczném. Na téj zasadzie, że obecność prątka nie jest konieczną, szczepienie za pomocą płynu odbywa się drogą chemiczną. Jeżeli takie chemiczne szczepienie przyjmie się dla prątka cholery, łatwo przyjąć je téż można dla reszty mikrobów patogenetycznych.

Działanie materyi użytéj do szczepienia polega na istocie czynnéj, którą wytwarzają w pierwoszczy zarodniki, ta istota czynna jest ową trucizną, jadem chorobowym. Ochronę (*immunitas*) zaś osiąga się tylko drogą przyzwyczajenia się organizmu do tegoż jadu.

Ze szczepieniem zatém jadu cholerycznego ma się rzecz tak samo, jak z przyzwyczajeniem się organizmu do różnych trucizn z tą tylko różnicą, że przyzwyczajenie się do mikrobów odbywa się nagle i trwale.

Jad choleryczny zależy w prostym stosunku od ilości prątków w kiszkach wytworzonych, gdy się ich ilość wzmoże, jad przekracza nagle granice indywidualnéj odporności i zabija organizm. Składniki chemiczne jadu cholerycznego i jego siła są niezmienne, gdy zaś czasami rezultata jego działania różnią się, to pochodzi to od różnéj tylko ilości trucizny albo od różnéj odporności indywidualnéj.

Oto teoryja rozległa, która Dra Ferrana ma postawić obok Jennera, jak tego chce Dr. Cameron, deputowany z Glasgowa, niestety dotąd zostaje ona tylko teoryją—czekajmy na fakta.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Na ostatniém posiedzeniu berlińskiego Tow. lekarskiego zajmowano się sprawą sprawdzania termometrów lekarskich. Przewodniczący prof. Virchow zwrócił uwagę na tę sprawę tak ważną dla lekarzy wobec nader rozpowszechnionego użycia tego przyrządu, a po ożywionéj dyskusyi przyjęto rezolucyję następującéj treści: Towarzystwo lekarskie uznaje za bardzo pożądane urzędowe kontrolowanie i sprawdzanie termometrów, które mają służyć do mierzenia ciepłoty ciała. Na termometrach takich powinna się znajdować podziałka od 35—42°C. podzielona na dziesiętne części. Kontrola urzędowa powinna mieć za zadanie wykazać, że błąd nie wynosi więcéj niż 0·2° a to przedewszystkiém przy stopniach 35, 38 i 41. (Stopnie te są dla tego dla lekarza najważniejsze, gdyż przy 38° rozpoczyna się stan gorączkowy, 35° jest ciepłotą, wśród któréj często śmierć nastaje a 41° ciepłotą, któréj zwiększenie bywa również najczęściéj zwiastunem śmierci). Kontrola i oznaczanie termometrów maksymalnych są również bardzo pożądane. Przy téj sposobności zwrócono uwagę, że t. z. strzykawki Pravaza, które znajdują się nietylko w rękach lekarzy, ale częstokroć w rękach samych chorych, nie zawsze bywają tak robione, iżby dokładne oznaczenie ilości leku było możliwe. Skoro w dyskusyi nad tym przedmiotem stwierdzono powszechnie niedokładności w téj mierze, przyjęło zgromadzenie rezolucyję: Towarzystwo lekarskie przedkłada komisyi cementniczéj wniosek do rozpatrzenia, czy nie byłoby możliwém, aby komisyja z urzędu sprawdzała pojemność strzykawek Pravaza, zwłaszcza tych, które mają zawierać 1cm.sz. płynu i bywają dzielone na dziesiętne części.

Sprawę termometrów lekarskich poruszano u nas niejednokrotnie. Przed kilku laty zabierał głos w téj sprawie Dr. Gustaw Fritsche na posiedzeniach Tow. lek. warszawskiego — dotąd jednak niezałatwiono jéj ostatecznie, jakkolwiek wszyscy jesteśmy przekonani o słuszności zarzutów czynionych przyrządom najwięcéj rozpowszechnionym.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,5. Z odry umarło 3 (4 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z błonicy

0 (2 z. t.); z krztuśca 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.): z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 26 odry, 2 płonicy, 8 krztuśca, 4 duru brzusznego, 2 czerwonki. W tygodniu od 5—11 lipca umarło z ospy w Krefeld i Genewie po 1; w Petersburgu 2; w Pradze, Bazylei i Odesie po 3: w Rzymie i Wenecyi po 4; w Paryżu 5; w Warszawie 7; w Londynie 11; w Wiedniu 16. Dur brzuszny złagodniał w Wiesbadenie; do 16 lipca zapadło nań 10, umarło 1. Z duru osutkowego umarło w Królewcu i Rzymie po 1, w Warszawie 2. Z cholery umarło w Hiszpanii od 3—7 lipca 2,840, zachorowało 6,217.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5—11 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,6; w Warszawie 34,2; w Poznaniu 30,0; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 25,0; w Hamburgu 25,4; w Lipsku 23,1; Mnichowie 32,9; w Amsterdamie 19,2; w Bazylei 15,9; w Brukseli 20,4; w Chrystyjanii 17,5; w Kopenhadze 16,5; w Londynie 18,0; w Paryżu 19,6; w Petersburgu 27,6; w Pradze 35,5; w Rzymie 23.7; w Stokholmie 18,7; w Wenecyi 26,1; w Wiedniu 28,0; w Zurychu 18,5. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 sierpnia. Otrzymaliśmy zeszyt I Sbornika lékařského pisma czeskiego, o którego zamierzoném wydawnictwie pod redakcyją prof. Dra Hlavy i Doc. Dra Thomayera wspominaliśmy. Zeszyt ten przedstawia się tak co do formy jak i co do treści nader pokaźnie, mianowicie dołączone 2 tablice odznaczają się ładném wykończeniem, tak, iż pismo to godnie stanąć może obok niemieckich i francuskich archiwów i powinszować wypada pobratymcom naszym takiego wzbogacenia ich literatury lekarskiéj.

* Cholera w Hiszpanii coraz szersze przybiera rozmiary a nawet zdaje się przekroczyła już granicę francuską pojawiając się w Marsylii. Wprawdzie ogólnie donoszą o nadziei zlokalizowania choroby, ale mimo to Rządy wysełają lekarzy celem badań nad chorobą i jéj szczepieniem, poniżéj podajemy wiadomość o wysłaniu Komisyj lekarskich przez Rząd angielski, rosyjski i włoski i gotują się na jéj przyjęcie, dotychczas nic nie słychać aby Rząd austryjacki przedsięwziął jakie kroki zapobiegawcze lub wysłał Komisyję do Hiszpanii.

* Celem zapobieżenia nadużyciom wśród doświadczeń na zwierzętach żywych, rozesłał Minister oświaty baron Conrad następującéj treści rozporządzenie do Wydziałów lekarskich monarchii: 1) Doświadczenia na zwierzętach żywych (wiwisekcyje) można wykonywać jedynie wśród poważnych dochodzeń, a wyjątkowo tylko, i to w razie koniecznéj potrzeby w celu nauczania. 2) Doświadczenia takie można wykonywać jedynie w zakładach uniwersyteckich rządowych. 3) Jedynie przełożeni zakładów, docenci (i asystenci) mają prawo wykonywać wiwisekcyje. Jedynie pod ich nadzorem doświadczenia wykonywać mogą naukowo przygotowani lekarze i kandydaci medycyny. 4) Zwierzęta używane należy zawsze mocno narkotyzować, jak to dotąd czyniono, jeżeli tylko narkoza nie wpływa na rezultat doświadczenia. 5) Do doświadczeń, które można wykonywać na zwierzętach niższego rzędu należy tylko takich zwierząt używać, nigdy zaś zwierząt rzędu wyższego. — Rozporządzenie to jest bardzo podobném do obowiązującego w Państwie niemieckiém a zawiera przepisy, do których stosowali się dotąd już przełożeni zakładów uniwersyteckich.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 6.066, w Giesshüblu 341.

* **Warszawa**. Towarzystwo opieki nad ubogiemi matkami oraz ich dziećmi rozpoczęło działalność swoją, otwierając przy ulicy Marszałkowskiéj l. 56 Zakład, mieszczący 7 łóżek. Lekarz Zakładu Dr. Wacław Horoch udzielać będzie wszelkich informacyj między godziną 8 a 10 rano codziennie oprócz świąt i niedziel w Zakładzie; w tych téż godzinach udzielać będzie rady lekarskiéj biednym chorym kobietom.

* **Petersburg**. Departament lekarski wyprawił do Hiszpanii komisyję, w któréj udział biorą redaktor *Wracza* prof. Manassein i docent prywatny Dr. Rapczewski, aby zajęła się badaniem cholery.

* **Londyn**. Prof. Roy stanął na czele komisyi wysłanéj przez Angliję do Hiszpanii celem zbadania skuteczności szczepień Dra Ferrana.

* **Neapol**. Rząd włoski wyprawił do Hiszpanii celem badań nad cholerą prof. Rummo, redaktora tygodnika lekarskiego *Riforma medica*.

* **Wiadomości uniwersyteckie, Wiedeń**. Dziekan Wydz. lek. prof. Dr. August Vogl otrzymał order korony żelaznéj trzeciéj klasy w uznaniu długoletniéj działalności na polu naukowém. — Na opróżnioną po śp. prof. Jaegerze katedrę okulistyki ma być już w tych dniach zamianowany prof. Fuchs z Leodyjum.— Docent pryw. Dr. Karol Rabl został zamianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii. — **Kazań**. Prof. położnictwa Dr. W. M. Floryński został zamianowany kuratorem zachodnio-syberyjskiego okręgu naukowego. — **Odessa**. Dr. Strogonow urządził w tutejszym szpitalu miejskim pracownię bakteryjologiczną.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarz sztabowy w szpitalu garnizonowym Nr. 15 w Krakowie Dr. Emil Winteř został zamianowany naczelnym lekarzem 30 dywizyi piechoty. Lekarzem asystentem c. k. armii mianowany został Dr. Józef Madejski we Lwowie.

* **Nekrologija**. Dr. Jan Dunin Jastrzębski, l. 48, z uniwersytetu kijowskiego, dyrektor statystyki lekarskiéj w Gubernii Chersonskiéj i profesor szkoły chirurgów (felczerów) umarł w Rabce d. 3 sierpnia rb. w skutek krwotoku żołądkowego (*ulcus perforans ventriculi*). — W Dynaburgu zmarł w podeszłym wieku Dr. Towiański, lekarz naczelny kolei Petersbursko-Warszawskiéj. — W Odesie zmarł młody i zdolny lekarz N. Dieterichs w skutek zarażenia się błonicą przy operacyi. Pogrzeb zmarłego odbył się kosztem miasta Odessy. — W Gryfii zmarł n. prof. med. wewnętrznéj Dr. Albrecht Budge, licząc lat 39. Zmarły był synem sławnego fizyjologa Julijusza B. — W Królewcu zmarł senior tamtejszego Wydziału lekarskiego tajny radzca lek. Dr. Jerzy Hirsch.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

Medycyny Nr. 31 nie doszedł nas. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Jankowskiego; Grzybki chorobotwórcze; Biegańskiego: Nieżytowe czy śródmiąższowe zapalenie płuc?; Kramsztyka: Brodawka skórna na gałce ocznéj. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, tom LXXXI, zeszyt I.: Kijewski: Guzy hemoroidalne (Anat. patol. Objawy, Operacyje, Sposoby leczenia) (ciąg dalszy): Peszke: Jak po polsku *Syphilis* mianować należy? Przyczynek do słownictwa lekarskiego polskiego; Poglądy Tow. lek. warsz. w sprawie urządzenia rewirów sanitarnych na przypadek wybuchu cholery w Warszawie przedstawione JW. Prezydentowi m. Warszawy.

Redakcyja otrzymała:

Sbornik lékařsky časopis pro pěstováni vědy lékařske redig. Dr. Jaroslav Hlava i Dr. Josef Thomayer. Prvého svazku sešit prvý.

Podręcznik do analizy chemicznéj jakościowéj. Napisał Dr. Julijan Schramm, docent Uniw. lwow. Lwów 1885, 8vo str. XII i 263.

Piśmiennictwo lekarskie. JOLLY Frdr. Untersuchungen üb. den elektrischen Leitungswiderstand des menschlichen Körpers. Imp.-4. Strassburg, Trübner. M. 4. —

KAATZER Pet. Die Technik der Sputum-Untersuchung auf Tuberkel-Bacillen (Bacillus tuberculosus Kochii). 2 Aufl. 8. Wiesbaden, Bergmann M. — 80.

Na fundusz portretu ś. p. Kozubowskiego nadesłał Dr. Oświecimski z Bochni 3 złr., co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 302 złr. 59 kr.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.